

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929 - 1930 — N° 122

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DU MÉGACOLON SIGMOÏDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Avril 1930

PAR

Paul-Marie-Maurice-André DUBOSQ

Né à BORDEAUX (Gironde), le 21 Mai 1892

Examineurs de la Thèse

MM. BÉGOÛIN, professeur	Président.
GUYOT, professeur	
CHARBIER, agrégé	Juges.
LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1930

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929 - 1930 — N° 122

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DU MÉGACOLON SIGMOÏDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Avril 1930

PAR

Paul-Marie-Maurice-André DUBOSQ

Né à BORDEAUX (Gironde), le 21 Mai 1892

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie..... MANDOU.
Clinique chirurgicale.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale..... MAURIAC.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
Clinique d'accouchements.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie... ROCHER.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Anatomie.....	ANDÉRODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants... CRUCHET.
Anatomie générale et histologie..	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale... DENIGÈS.
Physiologie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique..... SIGALAS.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques BONNIN.
Médecine légale et déontologie..	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. PETGES.
Electroradiologie et élin. d'électricité médicale..	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires... DUVERGEY.
Chimie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales... ABADIE.
Botanique et matière médicale...	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie. PORTMANN.
Pharmacie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée LABAT.
	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SELLIER.
	DUPOUY.	

MM. DELAUNAY (Physiologie).

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales..... PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale..... JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Obstétrique..... PÉRY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
	GREYX.	Dermatologie et syphiligraphie... JOULIA.
	N.	Pharmacie..... GOLSE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	
	DAMADE.	
	PIÉCHAUD.	

COURS COMPLEMENTAIRES

MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture..... N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques N.
Accouchements.....	PÉRY.	Pharmacie chimique..... GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et Parasitologie..... R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE

*Bien faible témoignage de toute mon
affection et de ma grande reconnaissance.*

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA COUSINE THÉRÈSE EXPERT

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRÈRES

A MES BELLES-SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDÉRODIAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHER MAÎTRE,

Dans plusieurs circonstances de ma vie, vous m'avez fait largement bénéficier de votre science et de votre grande bonté.

La dette que j'ai contractée envers vous est de celles dont on ne peut s'acquitter que par la reconnaissance. Je suis l'interprète de ceux qui me sont le plus chers, pour vous assurer que dans leur cœur, comme dans le mien, votre nom occupera toujours la meilleure place.

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX CIVILS

A MES CAMARADES

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. CHARRIER

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE LAFARGUE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

*En reconnaissance des précieux conseils
qu'il nous a donnés pour la rédaction de ce
travail et de l'amitié qu'il n'a cessé de nous
témoigner.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHER MAÎTRE,

En nous faisant le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, vous avez bien voulu nous donner une nouvelle preuve de votre bienveillance.

Accueilli dans votre service avec la bonté qui vous est coutumière, nous avons eu le rare bonheur de pouvoir assister pendant plusieurs mois aux cliniques si vivantes faites au lit du malade.

Nous espérons avoir largement bénéficié des grandes idées chirurgicales directrices que vous n'avez cessé de nous enseigner. Et si la tâche d'instruire est ingrate, vous aurez cependant la satisfaction de savoir que votre enseignement clinique sera pour nous le guide le plus précieux, quand, livrés à nous-mêmes, les malades viendront se confier à nos soins.

INTRODUCTION

Nous aurons surtout en vue l'étude du traitement du Mégacolon Sigmoidé; mais nous serons logiquement amenés à passer en revue les différentes explications pathogéniques qui en ont été données. C'est, en effet, sur elles qu'ont été basées les diverses opérations proposées et pratiquées. Elles ont toutes visé à supprimer la cause du Mégacolon. Certains succès qui se sont révélés au bout d'un temps plus ou moins long, permettent de se demander si, jusqu'à présent, ces interventions, et en particulier la colectomie, qui semblait l'opération de choix, sont réellement des traitements s'étant attaqués à la cause même du Mégacolon, ou si elles n'en ont supprimé qu'un des symptômes principaux.

Depuis quelques années, l'étude de l'équilibre vago-sympathique et les expériences de physiologie faites sur ces deux systèmes antagonistes sont venues éclairer d'un jour nouveau la question. Les acquisitions, si remarquables dans le cas du cœur, sont encore peu nombreuses en ce qui concerne l'intestin, mais, en partant de ces données et en raisonnant par analogie, quelques chirurgiens ont été amenés à pratiquer des opérations physiologiquement logiques et nous verrons, au cours de cette étude, les résultats très intéressants qu'ils ont obtenus.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DU MÉGACOLON SIGMOÏDE

Pathogénie.

C'est en 1888 qu'Hirschprung fit la première étude sérieuse du Mégacolon. Pour lui, il s'agissait d'une affection congénitale idiopathique qui, dès la naissance, se traduisait par de la constipation et de la distension abdominale. Il y aurait donc malformation congénitale et la stase fécale qui en résulte ferait le reste. Malgré le cas de Von Ammon, qui trouva une dilatation du colon chez un fœtus de 7 mois, et celui de Concetti, qui fit la même constatation chez un enfant mort-né, la plupart des auteurs considèrent actuellement le Mégacolon congénital comme une rareté. Dans son rapport de 1908, Gaujoux conclut que la dilatation primitive est l'exception et que la distension colique est imputable à la constipation.

On a alors voulu faire intervenir la notion de l'obstacle. Suivant la loi générale à laquelle obéit tout muscle creux, la musculature du colon s'hypertrophie et, plus tard, se dilate : la stase fécale devient alors un phénomène secondaire. Mais, quel est cet obstacle mécanique ? D'après cette théorie, il serait souvent méconnu à cause de l'impossibilité de faire une exploration systématique du ventre lors de l'opération par suite de la gêne apportée par les anses intestinales distendues. Fullerton, qui croit à l'obstacle mécanique, l'attribue à la contracture spasmodique du sphincter pelvi-rectal supérieur de Nélaton. Au-dessus de

cette sténose, le colon se dilate et s'hypertrophie. Il cite, à l'appui de sa conviction, l'observation d'un enfant âgé de 2 ans et 4 mois, toujours constipé, mais surtout depuis l'âge de 9 mois. Après anesthésie générale, il dilate l'anus et parvient, au moyen de deux doigts, à dilater cet anneau spasmodiquement contracturé. Les jours suivants, débâcle intestinale. Douze jours après, un ballon de caoutchouc piriforme est introduit, rempli d'eau et laissé 24 heures en place. Depuis, les selles sont régulières. Deux mois après, nouvelle séance de dilatation par prudence. Au bout de 6 mois, la guérison se maintenait encore,

Une autre théorie, défendue par Bard et Sencert, invoque une malfaçon tissulaire congénitale de la paroi intestinale, d'où impossibilité pour cette paroi de supporter les pressions excentriques auxquelles elle est normalement soumise. Si séduisante que soit cette hypothèse, il n'y a aucune constatation histologique qui ait pu la faire prendre en considération.

D'autres causes, que nous ne ferons que citer pour mémoire, ont été invoquées : entérites aiguës ou chroniques entraînant la diminution de la contractilité intestinale, d'où coprostase et dilatation consécutive; cirrhoses déterminant la constipation. Tous ces Mégacolons étiquetés sous le nom de Mégacolons idiopathiques non congénitaux ne sont, en réalité, que des Mégacolons fonctionnels ou physio-pathologiques.

On s'est appuyé sur l'anatomie. Chez certains sujets, on a constaté des anomalies de développement : longueur anormale, d'où flexuosité de l'anse sur son méso, ce qui est une condition favorable à la stase fécale : cette stase provoque la ptose de l'S iliaque, d'où augmentation de la courbure normale recto-sigmoïdienne. Le résultat en est une dilatation du colon pelvien et une augmentation de sa longueur. Maragliano a rapporté trois cas chez lesquels il a trouvé sur la paroi antérieure du rectum une valvule en forme de faux, constituée par des éléments muqueux et

musculaires. Il constata que, de bas en haut, elle se laissait facilement relever. Au contraire, de haut en bas, la pression digitale la faisait se tendre et s'opposer au doigt qui se retirait. Selon lui, l'explication est la suivante : dans le cours de la vie embryonnaire, l'intestin est, à un moment donné, en état d'occlusion anatomique. De même que l'on peut voir sur certaines portions de l'intestin un arrêt de développement en ce sens que cette occlusion persiste partiellement, de même, dans certains cas, il peut y avoir retard dans le sens que l'occlusion se dissout plus tard que dans les cas normaux : il en résultera un arrêt dans la descente du méconium (vers le septième mois), et une ectasie consécutive.

Toutes ces causes que nous venons de passer en revue sont, peut-on dire, les causes classiques du Mégacolon qui ont été invoquées suivant les auteurs.

Une théorie toute nouvelle, datant de quelques années et tirée de l'étude de la physiologie du sympathique a fait envisager d'une toute autre façon la question. Il semblerait, d'après les expériences et opérations pratiquées, que l'on aurait trouvé la clef pathogénique de la maladie de Hirschprung.

Que nous apprend, en effet, la physiologie du système vago-sympathique ?

Le sympathique vrai, ou partie thoraco-lombaire du système nerveux de la vie organique, contrôle, entr'autres, le système des sphincters lisses du tube digestif depuis l'estomac jusqu'au rectum, ainsi que les phénomènes d'inhibition de la contracture des tuniques musculaires dont l'innervation excito-motrice est assurée par le système organique cranio-pelvien du vague et du nerf pelvien, c'est-à-dire du parasympathique.

Quant aux phénomènes d'inhibition produits par l'excitation des filets sympathiques, les modifications circulatoires locales semblent jouer un rôle des plus importants.

Il ne faut pas oublier, en outre, que, d'après les conceptions les plus récentes, le mécanisme de l'inhibition n'implique nullement l'existence de nerfs inhibiteurs. Uniquement attribuables à des phénomènes physico-chimiques qui ont pour siège l'articulation du nerf et du tissu qu'il innerve, les phénomènes d'inhibition peuvent se produire dans n'importe quel nerf excitateur, à la condition cependant, que la membrane articulaire du neurone soit dans un état physico-chimique adéquat. Donc, dans son ensemble, l'innervation sympathique vraie est avant tout vasculaire (muscles lisses des vaisseaux). Le développement de cette théorie nous entraînerait trop loin et ne serait d'aucune utilité pour la question qui nous occupe.

Des noyaux organiques de la moelle sacro-coccygienne naissent des fibres organiques qui, réunies dans le nerf pelvien (nerf érecteur), gagnent les plexus ganglionnaires du pelvis, formant, d'une part, un plexus colo-rectal qui assure l'innervation motrice des tuniques du gros intestin en totalité, à l'exclusion des sphincters, d'autre part, un plexus vésical qui n'a pas d'intérêt pour nous. Ce nerf pelvien est excito-moteur des tuniques intestinales (gros intestin) et inhibiteur des sphincters du même segment de l'intestin. Il n'est donc autre chose que le complément du vague pour la partie terminale des viscères dont ce nerf assure l'innervation de toutes les autres parties. Le système parasympathique sera donc composé du système parasympathique crânien et du parasympathique pelvien que l'on opposera au système du sympathique vrai, ou sympathique proprement dit.

Mais, à côté de ces systèmes qui vont de l'axe nerveux aux tissus et organes que l'on a appelé axio-locaux, il existe des systèmes viscéraux locaux qui sont, en grande partie, physiologiquement indépendants des systèmes que nous venons d'étudier. Le mieux connu actuellement est l'appareil local du cœur : nœud ganglionnaire sino-auriculaire, faisceau de His, etc... Les systèmes viscéraux locaux de

l'intestin ne sont que soupçonnés, pour le moment, du moins, anatomiquement, car ils semblent évidents physiologiquement.

Ces appareils locaux, situés à l'intérieur des parois des viscères, assurent la vie primordiale de ces organes et tiennent sous leur dépendance les manifestations motrices de leur activité. Cette activité est, semble-t-il, subordonnée à la présence, dans les liquides qui baignent les cellules de ces organes, de certains éléments physico-chimiquement définis et aux variations qui interviennent dans la nature et dans la concentration de ces éléments (variations des ions sodium, calcium, potassium). On peut dire qu'en somme les appareils locaux entretiennent l'activité rythmique des organes et les appareils axio-locaux en module-raient l'activité. Ces considérations bien établies dans l'étude du cœur, peuvent, selon toute vraisemblance, s'appliquer à l'intestin, jusqu'au jour où la preuve irréfutable sera fournie de l'exactitude de cette déduction.

Comment allons-nous envisager maintenant la pathogénie du Mégacolon ?

La mégacolie nous apparaît comme devant être rattachée à une fonction dysharmonique du sympathique et du parasympathique. Des excitations déséquilibrées de l'intestin et de l'anus par hyper-sympathicotonie aboutissent à une inexcitabilité du colon qui se dilate et s'hypertrophie. Cette même hyperactivité sympathique provoque l'hypertonie du sphincter anal et inhibe aussi l'action relâchante du nerf pelvien (parasympathique) sur ce muscle. Hunter, dans ses expériences, avait déjà démontré que la disparition de l'influence du sympathique permet une hyperactivité fonctionnelle de l'intestin en s'opposant à l'inhibition que le sympathique exerce sur le parasympathique. En résumé, l'excitation du sympathique provoque l'hypertonie du sphincter anal et l'atonie du gros intestin. L'excitation du parasympathique provoque le relâche-

ment du sphincter anal et la contraction spasmodique des tuniques musculaires du gros intestin.

Si cette théorie est exacte, la dilatation aiguë ou chronique, totale ou segmentaire du colon, relève d'une paralysie parasympathique due à un état d'hypersympathicotonie : une conclusion thérapeutique s'impose dès lors, détruire cet état d'hypersympathicotonie : c'est le but que s'est proposé la ramisection lombaire et nous verrons plus loin les résultats obtenus.

Traitement du Mégacolon Sigmoidé.

La thérapeutique du Mégacolon Sigmoidé comprend un traitement médical et un traitement chirurgical. Nous allons les passer en revue et voir les résultats qu'on obtient.

TRAITEMENT MÉDICAL

Pour tâcher de vaincre la constipation, divers moyens ont été prônés. La diététique comprend des farineux, des légumes verts, des fruits et salades cuites. On tâche d'habituer l'enfant à se présenter tous les jours à la selle à heure fixe et, devant l'échec le plus souvent complet de cette tentative, on a recours à l'absorption d'huile de paraffine, d'huile de ricin, de lait de magnésie et à l'administration de lavements huileux et laxatifs.

Certains pensant que la mégacolie peut, dans quelques cas, relever d'un spasme, donnent des doses croissantes de sulfate d'atropine. (Solution de sulfate d'atropine contenant, par goutte, 6 centièmes de milligramme : en donner cinq gouttes trois fois par jour et augmenter d'une goutte par jour.) Comby rapporte six cas du docteur Meyers dans lesquels la guérison fut obtenue par l'atropine. Malgré ces cas heureux, que devons-nous penser du traitement médical ?

Un simple coup d'œil sur les statistiques nous dispensera d'un long commentaire. Voici le taux de la mortalité par traitement médical, d'après les auteurs suivants :

P. Duval	74 p. 100
Lœvenstein	88 p. 100
Neugebauer	93 p. 100
Dowd	67 et 99 p. 100

Il ressort clairement de ces chiffres que, devant de tels résultats, cette thérapeutique doit être absolument rejetée. Cependant, une réserve s'impose : le traitement médical doit être le seul employé chez les enfants au-dessous de deux ans, car tous ceux qui ont été opérés avant cet âge n'ont pu supporter le shock opératoire et toutes les opérations tentées ont abouti à des désastres.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Devant l'échec du traitement médical, la thérapeutique du Mégacolon est devenue à peu près exclusivement chirurgicale. Nous allons envisager :

1° Les opérations radicales;

2° Les opérations conservatrices pathogéniques.

I. — LES OPÉRATIONS RADICALES

Ces opérations diffèrent suivant que l'on se trouve en présence de Mégacolon avec occlusion ou de cas non compliqués.

I. — EN OCCLUSION

En cas d'occlusion, on peut faire soit un anus, soit une laparotomie.

1° Anus.

L'anús est pratiqué :

a) *Sur le cœcum.*

Il y a persistance du volvulus avec ses dangers et notamment la péritonite. Sur cinq opérations (anus temporaires), on note : 1 mort, 1 succès, 3 résultats nuls ou insuffisants.

b) *Sur l'anse volvulée.*

Une fois l'anse vidée, le cours des matières peut se rétablir, ainsi que l'a vu une fois Lecène. Cependant, c'est un pis aller et c'est une chance qu'il vaut mieux ne pas courir.

2° Laparotomie.

On peut l'envisager, soit avec traitement conservateur, soit avec traitement radical :

A) AVEC TRAITEMENT CONSERVATEUR :

Si l'anse est gangrénée ou même suspecte, il faut la dé-

tordre, l'extérioriser et la réséquer après accollement des deux bouts en canon de fusil.

Si, au contraire, l'anse est saine, nous pouvons pratiquer :

a) *La détorsion simple.*

Ce traitement n'a pas donné de guérisons définitives; la lésion persiste et, le plus souvent, le volvulus se reproduit. Sur cinq opérations : un mort, quatre résultats nuls.

b) *La détorsion et colopexie.*

La colopexie a donné des guérisons qui se sont maintenues un an et demi à deux ans après l'opération. Mais, si on suit ces malades plus longtemps, on voit, par suite de l'énorme poche qui se reproduit que les matières s'y accumulent de nouveau. Sur dix cas, on note six guérisons se maintenant de un an et demi à deux ans après l'opération et quatre échecs.

c) *Détorsion et coloplicature.*

Sur six cas on n'a observé aucun résultat durable.

Ces trois procédés sont à rejeter. A notre avis, la détorsion n'aurait sa raison d'être que chez des gens fatigués, et à condition qu'elle fut le prologue d'une résection ultérieure.

d) *Anastomosè entre les deux pieds de l'anse.*

Cette opération est encore à rejeter. Sa gravité immédiate est considérable et la récurrence ultérieure est possible.

B) AVEC TRAITEMENT RADICAL :

Il consiste dans la résection de l'anse. Un seul procédé nous semble défendable : c'est l'extériorisation-résection. Nous allons décrire rapidement la technique de la colectomie en deux temps.

L'anesthésie sera faite par rachis et l'injection pas trop basse : nous en verrons plus loin les avantages.

Colectomie en deux temps.

Incision.

On fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Il faut se méfier de l'anse distendue qui se précipite au dehors après l'ouverture du péritoine.

Ponction de l'intestin.

Avec un trocart, l'intestin distendu est ponctionné; par suite de l'évacuation des gaz, les parois s'affaissent.

Extériorisation.

L'anse volvulée est attirée hors de la plaie.

Détorsion.

L'anse est saisie à deux mains. Après s'être rendu compte du sens de la torsion, on la détord en la faisant pivoter. A ce moment, sous l'empire de la rachi, l'intestin se vide par l'anus (cas de Lafargue). La débâcle peut être telle que le malade est inondé de matières. De plus, le silence abdominal est complet.

Ligature des vaisseaux du méso.

On liera les vaisseaux juste au-dessous du point où portera la section du colon; cela permettra la nutrition parfaite des deux bouts coliques.

Section du méso.

Accolement des deux branches en canon de fusil.

Tout en veillant que les points portent surtout sur les bandelettes longitudinales, l'accolement se fera sur six centimètres environ au moyen de points séro-musculaires au fil de lin. Le méso se trouve alors dans une sorte de tunnel délimité par les deux sutures d'accolement.

Fixation du canon de fusil au péritoine pariétal.

Par un fil de lin on fixe les anses à la partie inférieure de l'incision médiane.

Fermeture de la paroi.

On ferme la paroi en un plan aux crins doubles. L'anse sigmoïde est alors exclue de la cavité péritonéale. On en pratique la résection. On place un écraseur sur chaque branche de l'anse. Sur le bout supérieur, une petite incision permet l'introduction du tube de Paul; une grosse soie le fixe et le bout supérieur est sectionné. Sur le bout inférieur l'écraseur est laissé à demeure.

Suites opératoires.

Vers le quatrième ou cinquième jour, le tube de Paul tombe, mais les adhérences qui ont eu le temps de se former évitent l'inoculation de la cavité péritonéale par les matières fécales

Fermeture de l'anus.

Quinze jours à trois semaines après, on applique l'entérotome de Dupuytren. Il tombe au bout de quelques jours et il ne reste plus qu'à fermer la fistule stercorale.

Cure de la fistule stercorale.

On fait une incision elliptique qui passe à deux millimètres environ de la muqueuse. L'anse libérée est attirée au dehors; avivement des deux bouts, surjet total au catgut puis enfouissement en un ou deux plans au fil de lin. La paroi est refermée avec mise en place d'un petit drain, par précaution.

Cette technique, bien réglée actuellement, ne donne, d'après Lecène, en 1926, qu'une mortalité de 5 p. 100.

Nous devons donc rejeter les autres opérations suivantes qui ont été proposées et pratiquées :

Détorsion et anastomose.

Anastomose colo-sigmoïdienne à la base du fer à cheval sigmoïdien. Lecène rejette cette technique parce que c'est une opération grave en occlusion et inefficace si la guérison opératoire survient.

Résection en un temps immédiatement après la détorsion.

On fait une colectomie avec anastomose termino-terminale en trois plans (deux cas de Launay) : le volvulus datait de vingt-quatre heures. Moure et Aumont ont eu un succès. Mais cette technique est à proscrire à cause de la mortalité considérable due à l'état d'occlusion.

En résumé, quand on intervient dans le cas d'un mégacolon en état d'occlusion, nous pouvons conclure que :

La cœcostomie n'a souvent donné aucun résultat.

Les anastomoses n'ont donné que de très rares succès.

La colotomie suivie de réduction a provoqué une péritonite mortelle, les sutures ayant lâché.

L'extériorisation-résection est la meilleure méthode.

II. — MEGACOLON NON COMPLIQUE

Quand le mégacolon n'est pas volvulé, nous avons plusieurs techniques à notre disposition :

a) *Résection idéale* (Reybart).

Elle consiste dans la suture intestinale complète immédiate. Cependant, il y a fréquemment nécessité de faire de la dérivation à distance par anus cœcal. La péritonite est le gros danger et, pour cette colectomie en un temps, Lecène donnait, en 1926, 10 à 15 p. 100 de mortalité.

b) *Résection avec rétablissement immédiat de la continuité intestinale et dérivation in situ.*

Deux procédés peuvent être employés :

Procédé de Bouilly-Volkman.

Procédé de Lardennois et Okinczyc : anastomose directe du fond du cœcum dans la fin du sigmoïde.

c) *Résection avec dérivation « in situ » et rétablissement ultérieur de la continuité intestinale.* (Bloch-Mickulicz.)

d) *Procédés de dérivation.*

L'anastomose iléo-sigmoïdienne n'a pas donné les résultats qu'on en attendait : une partie des matières continue, en effet, à suivre le chemin normal.

Dans l'anastomose iléo-sigmoïdienne, avec exclusion unilatérale du gros intestin, il se forme des fécalomes dus aux matières refoulées dans le sigmoïde par suite de mouvements antipéristaltiques.

Du reste quels sont les résultats de ces procédés de dérivation ?

Dowd ne donne que 18 p. 100 de guérisons et, Duval et Patel, dans leur rapport au Congrès de Chirurgie de 1913 indiquent une mortalité de 10 p. 100.

En résumé : en dehors des cas où le mégacolon est volvulé, nous pouvons faire :

Une colectomie en un temps ou résection idéale;

Une résection par technique de Bouilly-Volkman ou de Lardennois;

Un procédé de dérivation;

Une colectomie en deux temps : c'est le procédé le meilleur à cause de sa plus faible mortalité.

Pour juger de la valeur thérapeutique du traitement chirurgical dans le mégacolon, voyons ce que nous indiquent les statistiques. Nous comparerons en même temps les deux traitements, médical et chirurgical.

En 1909, P. Duval donne la statistique suivante :

Traitement Médical 59 cas.		Traitement chirurgical 35 cas.	
Mortalité.....	74,68 %	Mortalité.....	34,2 %
Guérisons.....	13,5 %	Guérisons.....	60 %
Améliorations...	7 %	Améliorations...	5,8 %

La mortalité chirurgicale opposée à la mortalité par traitement médical était donc de 34 p. 100 contre 75 p. 100. Cette opinion était également celle de Finney qui estimait que la mortalité chirurgicale équivalait aux deux tiers de

la mortalité médicale et que la proportion de guérisons chirurgicales était de trois contre une guérison médicale.

Voici les différentes statistiques publiées :

	TRAITEMENT CHIRURGICAL	TRAITEMENT MEDICAL
LCEVENSTEIN (103 cas.)	44 cas.	59 cas.
Morts	21 soit 48 %	39 soit 66 %
Guérisons	15 » 34 %	7 » 12 %
Améliorations	7	9
Pas d'améliorations	2	4
DANZINGER	35 cas.	94 cas.
Morts	34,2 %	74,68 %
Guérisons	60 %	13,5 %
Améliorations	5,8 %	7 %
TONNINI	29 cas.	34 cas.
Morts	10 soit 41 %	18 soit 52,9 %
Guérisons	10 » 41 %	8
Améliorations	9	5
Stationnaires		3
CALME	13 cas : adultes.	
Morts	4 soit 33 %	
Guérisons	9	
	23 cas : enfants.	
Morts	9 soit 44 %	
Guérisons	14	
DOWD	143 cas.	
Mortalité	28,8 %	
TERRY	110 cas.	
Morts	28 soit 26 %	
Guérisons	82 » 74 %	
NEUGEBAUER		136 cas.
Morts		68 %
Guérisons		11,2 %

Mais, depuis la publication de ces statistiques, par la technique bien réglée de la colectomie, le pourcentage de mortalité a été fortement abaissé. Nous avons vu, en effet, que Lecène a donné, en 1926 :

Colectomie en un temps : 10 à 15 p. 100 de mortalité;

Colectomie en deux temps : 5 p. 100 de mortalité.

II. — LES OPÉRATIONS CONSERVATRICES PATHOGÉNIQUES.

Sous ce titre, nous décrirons trois interventions, dont une non sanglante :

1° La dilatation manuelle du sphincter de Nélaton spasmodiquement contracturé.

2° La résection d'une valvule colique.

3° La ramisection sympathique lombaire.

I. — CONTRACTURE DU SPHINCTER DE NELATON

Nous avons rapporté, dans la pathogénie, le cas de Fullerton : le mégacolon était dû à la contracture spasmodique du sphincter pelvi-rectal supérieur de Nélaton. Sous anesthésie générale, il parvint à dilater cet anneau contracturé. La constipation cessa, les selles devinrent régulières et, six mois après, la guérison se maintenait encore.

II. — RESECTION D'UNE VALVULE COLIQUE

Perthes, en 1905, fit une résection longitudinale d'un épéron pariétal colique et une suture transversale : ce fut un échec complet.

Récemment, Maragliano a observé trois cas de valvulès situées sur la face antérieure du rectum, mais ne parle pas d'intervention chirurgicale.

Nous en arrivons maintenant à une nouvelle thérapeutique chirurgicale conservatrice, basée sur une pathogénie récente du mégacolon qui serait dû, comme nous l'avons exposé, à une dysfonction vago-sympathique. C'est la ramisection sympathique lombaire dont nous allons décrire la technique et examiner les résultats.

III. — RAMISECTION SYMPATHIQUE LOMBAIRE



Technique.

Le malade doit être couché du côté opposé à celui de l'opération et incliné légèrement du côté du chirurgien qui fait face au dos du patient. L'espace entre les côtes et la crête iliaque sera aussi grand que possible en plaçant un sac de sable sous le malade ou, mieux, en plaçant le support spécial employé pour les opérations sur le rein.

L'incision va depuis la dernière côte jusqu'à la crête iliaque et de là, en avant, jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Si on peut reconnaître, à la palpation, le muscle carré des lombes, la partie descendante de l'incision doit suivre son bord latéral, mais si on ne le peut pas, c'est le bord latéral de la masse musculaire sacro-vertébrale qui servira de point de repère. La partie de l'incision dirigée en avant devra passer environ à 1 cent. au-dessous de la véritable crête iliaque. Cela permet de mettre à nu les insertions du grand oblique. Le lambeau de peau et de tissu cellulaire délimités par l'incision sont réclinés en avant pour montrer les insertions du grand dorsal au fascia lombo-dorsal et du grand oblique sur la crête iliaque.

Le triangle de J.-L. Petit est ensuite repéré et, de ce point, en se dirigeant en avant, on libère de la crête iliaque les muscles obliques jusqu'à six ou huit centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. De cette façon, il est possible, chez la plupart des sujets de diviser le grand oblique à travers le tissu tendineux, près de ses insertions, et d'éviter de couper les fibres musculaires qui se présentent. Cela présente un gros avantage lors de la fermeture de la plaie. Le petit

oblique et le transverse de l'abdomen sont partagés à travers les fibres du muscle, près de leurs insertions.

La dissection est alors continuée en remontant et le fascia lombo-dorsal est divisé sur le bord latéral du carré des lombes. Ce faisant, il peut être nécessaire de couper à travers les fibres du grand dorsal. La paroi abdominale peut être maintenant rejetée en avant et la main peut passer devant le carré des lombes et le psoas, jusqu'à ce que l'on touche la bordure médiane du psoas. Des écarteurs adéquats sont placés en position; des soins doivent être pris pour ne pas tirailler le fascia couvrant le carré des lombes et le fascia couvrant le psoas. On trouve alors le tronc sympathique ganglionnaire qui repose sur les corps vertébraux lombaires, près de la bordure médiane du psoas.

Le tronc du sympathique abdominal, du côté gauche, est facile à trouver si la bordure médiane du psoas est cherchée. Une fine trame de tissu connectif passe du psoas à travers le tronc sympathique et les grands vaisseaux à la région du psoas du côté opposé. Ce tissu est facilement dilacéré avec une sonde cannelée et le tronc sympathique se montre sous les yeux.

Du côté droit, le tronc repose sur le bord latéral de la veine cave inférieure et est généralement placé devant les vaisseaux lombaires.

Toutefois, ceci n'est nullement constant, car dans de nombreux cas, des difficultés surgissent du fait de veines lombaires qui traversent le tronc sympathique. Quand ceci se produit, le tronc ne peut être soulevé sans couper une ou plusieurs de ces veines. Du côté gauche, on ne trouve pas cette complication, mais, chez des sujets jeunes, on peut confondre des artères lombaires avec des rami communicantes qui, quelquefois leur ressemblent en dimension et en direction.

Dans quelques cas, les vaisseaux lymphatiques lombaires et la position exceptionnellement basse de la Citerne de Pecquet rendent la recherche du tronc sympathique plus

difficile. On a signalé une fois les vaisseaux lymphatiques entre le tronc sympathique et les insertions du psoas. En soulevant les vaisseaux lymphatiques, les rami apparaissent et il faut une dissection longue et très patiente pour les isoler chacun en particulier.

Le cordon ganglionnaire lui-même est très variable dans sa constitution, et ceci s'applique particulièrement à la région de la 4^e vertèbre lombaire. Dans bien des cas, le cordon, à ce niveau-là, se sépare, et la difficulté est de distinguer quelle est, de ses deux divisions, celle qui continue en-dessous le tronc principal. Dans un cas de Royle qui opérât une paraplégie spasmodique, cette division du tronc a été cause d'un résultat incomplet sur un membre, alors que le même procédé appliqué sur le membre opposé a donné une cessation définitive de la rigidité jusqu'à l'extrémité du membre. Il faut donc bien repérer le 4^e ganglion lombaire, le soulever de son lit et couper ses connexions latérales, postérieures et inférieures en respectant les filets médians directs.

Il peut arriver que le 4^e ganglion n'existe pas. Dans ce cas, le 3^e peut être exceptionnellement grand et fournir des rami aux 3^e et 4^e nerfs lombaires.

La dimension des cordons ganglionnaires peut varier de chaque côté du corps et les rami peuvent ou non provenir de la région des ganglions. La dimension du rameau varie suivant le nombre. Un rameau unique remplaçant un nerf unique peut facilement atteindre 2 millimètres de diamètre alors que la dimension habituelle d'un rameau oscille entre 0,5 millimètre et 1,5 millimètre.

A la limite inférieure de l'incision, on peut sectionner le tronc au-dessous du 4^e ganglion lombaire ou bien, si celui-ci n'existe pas, aussi bas qu'il puisse être possible de trouver ce tronc. Mais, dans cette partie de l'opération, il faut éviter les vaisseaux iliaques.

La limite supérieure de l'incision est la région du 2^e ganglion lombaire, qui est en rapport avec la 2^e vertèbre lom-

baire, juste après que le tronc sympathique apparaît au-dessous de l'arc lombo-costal médian. La disposition habituelle des connexions du 2^e ganglion lombaire est un peu différente de celle des autres ganglions. Ce ganglion reçoit presque invariablement un large rameau blanc du 1^{er} nerf lombaire et ce rameau aborde ce ganglion obliquement, de haut en bas, et en son milieu. Il peut, ou non, être accompagné d'un petit rameau gris. Il faut éviter de le confondre avec le rameau blanc du 2^e nerf lombaire. On sépare les rami blanc et gris jusqu'au 2^e nerf lombaire. La position du ganglion peut être cause de changements considérables dans la position et la direction des rami, mais il faut se souvenir que les rami tendent à se diriger latéralement ou latéralement et en profondeur.

La technique de la division des rami se fait habituellement par séparation. Chaque rameau peut être saisi par une pince et séparé de ses connexions latérales. Dans beaucoup de cas, principalement chez les sujets jeunes, on peut utiliser une sonde cannelée pour libérer rapidement et effectivement le cordon ganglionnaire de leurs rameaux gris.

Après que la section des rami des 2^e, 3^e et 4^e ganglions a été effectuée, le cordon est coupé au-dessous du 4^e ganglion et l'opération terminée. Les bords du fascia lombo-dorsal sont suturés en premier dans la région du triangle de Petit. On suture les muscles obliques à la crête iliaque, puis la portion tendineuse du grand oblique au niveau de ses insertions et au fascia lata adjacent. Le fascia lombo-dorsal et le grand dorsal sont ensuite suturés. La peau peut être fermée sans drainage.

Toute l'opération peut être faite avec très peu de sang, en dehors de la rencontre occasionnelle de petits vaisseaux lorsqu'on libère les muscles obliques. Il n'y a rien qui saigne dans la profondeur de la plaie si la voie d'accès est limitée à la surface comprise entre le péritoine et le fascia recouvrant le carré des lombes et le psoas. Des instruments

tranchants ne doivent pas être introduits dans la plaie. Toutes les manipulations nécessaires peuvent être faites avec des sondes cannelées et de longues pinces à artères. Les nerfs grand et petit abdomino-génitaux sont tous les deux écartés en arrière avec la paroi abdominale et l'uretère avec le péritoine pariétal.

En raison de la profondeur de la plaie, il n'est pas recommandé de tenter l'opération chez les hommes adultes sans instruments adéquats. Un long et large écarteur et de longues sondes cannelées sont absolument nécessaires. L'écarteur de Royle pour adulte est large de 8,75 centimètres et long de 12; de plus, il est incurvé dans sa largeur afin de présenter une concavité à l'opposé du point de dissection du cordon sympathique. Ses sondes cannelées ont 25 centimètres de long et il utilise aussi un long stylet avec un manche plat et incurvé à son extrémité comme un crochet recourbé pour soulever le tronc sympathique lorsqu'on en trouve les branches. Le seul autre instrument essentiel est une pince à artères longue, soit droite, soit légèrement incurvée. Elle doit avoir 20 centimètres de long et il en faut quatre.

Chez les hommes adultes bien développés, le psoas crée une difficulté en cachant le tronc du sympathique avec sa convexité antérieure. Un écarteur de Thomson-Walker modifié est utile pour aplatis ce muscle.

Chez les enfants ou jeunes femmes adultes, cette difficulté ne se présente pas et les sondes cannelées longues peuvent être utilisées à cet effet.

L'incision a été prolongée aussi loin que possible pour diviser seulement les fibres tendineuses lorsqu'on approche du tronc sympathique. Le petit oblique et le transverse de l'abdomen doivent cependant être divisés à travers les fibres du muscle. L'incision également évite tous les nerfs importants et les vaisseaux sanguins, et, si les sutures sont soigneusement faites, la paroi abdominale doit être aussi forte qu'avant l'opération.

Résultats thérapeutiques de la ramisection lombaire.

Il nous reste maintenant à examiner les résultats thérapeutiques de la ramisection lombaire.

La littérature médicale n'abonde pas en observations. Néanmoins, nous avons pu trouver dans les travaux faits par les médecins australiens Royle, Hunter, Wade, certaines relations fort intéressantes que nous allons passer en revue.

Le premier malade que Royle opéra, mais au sujet duquel nous n'avons pas pu avoir de précisions, vit, peu de temps après, ses selles devenir quotidiennes, bi-quotidiennes même certains jours.

Un autre cas très intéressant est le suivant :

Le 20 mai 1926, il fait chez un enfant une ramisection du côté gauche. Le rameau blanc du 1^{er} ganglion lombaire et la branche médiane des 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e ganglions lombaires ont été coupés et le tronc sympathique sectionné au-dessous du 4^e ganglion lombaire. Une semaine après, l'abdomen était encore ballonné et des laxatifs furent administrés. 14 jours après l'opération, l'abdomen était plat et les selles étaient devenues naturelles.

Quatre mois après l'opération, les selles étaient régulières chaque jour sans avoir recours à des lavements ou des laxatifs. Le ventre était plat, mais on pouvait voir parfois dans la région hypogastrique quelques mouvements péristaltiques. L'état général s'était considérablement amélioré. Un nouvel examen radiographique par lavement baryté révéla que le colon descendant et sa portion pelvienne étaient encore assez distendus, mais que le cœcum, les colons ascendant et transverse ne l'étaient plus et montraient une segmentation normale.

Le 27 octobre 1926, cinq mois après l'opération, l'état

général de l'enfant est bon. Les selles sont régulières chaque jour sans avoir recours à un lavement ou à un laxatif. L'abdomen est plat et on ne note pas de mouvements péristaltiques. Sur le skiagramme, après lavement baryté, tout le gros intestin est nettement dessiné. Il y a une distension bien moindre que précédemment du colon pelvien qui tend à reprendre une forme normale.

Dans un autre cas de ramisection, pendant les cinq mois qui ont suivi l'opération, les selles ont été régulières sans avoir besoin de les provoquer, alors que, dans les dix premières années qui avaient précédé, elles ne l'étaient pas. Le ballonnement de l'abdomen disparut, le gros intestin reprit ses dimensions presque habituelles avec sa segmentation normale. Cependant, quelques mouvements péristaltiques et sa légère distension montrèrent que la guérison n'était pas encore complète.

Il est intéressant de rapprocher de ces résultats ceux que Royle a obtenus dans des cas de paraplégies spasmodiques lorsque ces dernières étaient accompagnées de constipation chronique.

Chez un malade sur lequel une ramisection a été faite, il y a eu une amélioration remarquable et persistante des fonctions intestinales. Ce résultat est attribuable, selon Royle, à la section du grand rameau blanc allant depuis le 1^{er} nerf lombaire jusqu'au 1^{er} ganglion lombaire puisqu'aucun filet préganglionnaire n'a été coupé, sauf ceux contenus dans le tronc sympathique à la hauteur du 5^e nerf lombaire. Dans l'opération courante de la ramisection ils sont divisés latéralement en direction des filets postganglionnaires des 2^e, 3^e, 4^e nerfs lombaires et des filets préganglionnaires dans le tronc sympathique au-dessous du niveau du 4^e ganglion lombaire. Il est possible que la division des filets préganglionnaires dans le tronc puisse rendre inertes les filets viscéraux du tronc sympathique sacré; mais les effets sur les selles sont plus notables lorsque le grand rameau blanc est sectionné.

Cette opération a été faite dans de très nombreux cas. C'est ainsi que, dans une série de 25 cas de paraplégie spasmodique congénitale chez lesquels on a pratiqué une ramisection sympathique bilatérale, 13 sujets souffraient de constipation; 11 ont été guéris. Chez un certain nombre de ceux-ci, à l'opération, on trouva un colon dilaté. Dans un de ces cas, où le colon était particulièrement dilaté, la constipation ne pouvait être amendée qu'à force de lavements. Depuis l'opération, la nécessité de ce procédé a été complètement inutile.

L'opération faite par Wade chez un de ses malades n'était pas la ramisection habituelle. Le tronc sympathique lombaire gauche a été choisi comme lieu d'intervention en raison de sa situation plus accessible et pour pouvoir produire sur les colons descendant et pelvien un effet plus grand qu'en opérant sur le côté droit. Les sections furent faites : 1° sur le rameau blanc du 1^{er} ganglion lombaire; 2° sur les filets post-ganglionnaires médians venant du tronc sympathique abdominal; 3° sur le tronc sympathique abdominal. Les filets ont été coupés au-dessous du 4^e nerf lombaire. Ce dernier procédé a rendu inertes les filets viscéraux provenant de la portion sacrée du tronc sympathique. On voit que l'opération effectuée par Wade diffère d'une ramisection ordinaire par ce point. Il a coupé les filets directs médians allant vers les plexus hypogastrique et mésentérique inférieur et non les rami communicantes des 2^e, 3^e et 4^e nerfs lombaires qui se dirigent latéralement. Cependant, il a sectionné le grand rameau blanc du 1^{er} ganglion lombaire.

Le résultat satisfaisant obtenu par Wade fait partie des onze sujets guéris de leur constipation, constipation chronique telle qu'elle rentre dans le cas de maladie de Hirschprung, puisqu'elle s'accompagnait de dilatation colique accentuée.

Judd et Adson, dans les *Annals of Surgery* de septembre 1928, ont fait une ganglionectomie et ramisectomie sympa-

thique lombaire pour deux cas de dilatation idiopathique congénitale du colon. Ils ont enlevé les rami des deuxième, troisième et quatrième ganglions sympathiques avec les mêmes ganglions. Voici leurs deux observations résumées :

Premier cas. - Garçon de 23 mois. Ablation des deuxième, troisième et quatrième ganglions lombaires gauches avec chaîne correspondante. Selle spontanée le quatrième jour. Dix mois plus tard, il y a une à deux selles normales par jour et l'enfant ne prend plus qu'un lavement par semaine.

Deuxième cas. — Garçon de 6 ans. Ablation bilatérale des deuxième, troisième et quatrième ganglions lombaires avec la chaîne et les rami correspondants. Selle spontanée le onzième jour. Quatre mois après, état général très amélioré; une à deux selles par jour et, à la radio, on constate une amélioration notable du volume du gros intestin. ,

D'après ces quelques résultats, que conclure de la ramisection dans le traitement de la maladie de Hirschprung?

Incontestablement, cette opération fait entrevoir de grandes possibilités. Un fait est acquis: une constipation opiniâtre et persistante peut être guérie par une opération dont la mortalité opératoire est nulle. C'est un avantage déjà précieux sur la colectomie. Si on ajoute à cela certains échecs de la colectomie, il nous semble qu'avant d'avoir recours à une opération, qui, dans les meilleures conditions, est encore grevée d'une mortalité de 5 p. 100, il y a lieu de tenter une ramisection sympathique lombaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Docteur Lafargue).

D... G..., 10 ans. Vu pour la première fois au cours d'une crise abdominale aiguë étiquetée appendicite et opérée d'urgence.

Appendice normal sans trace de péritonite.

Quelques semaines après l'intervention, nouvelle crise abdominale. Or, dans les antécédents, on note une constipation chronique datant des premières semaines après la naissance, avec alternatives de rétentions stercorales et de débâcles abondantes. Un lavement opaque révèle un méga-sigmoïde important, tandis que le reste du cadre colique est normal.

Devant la reproduction des crises et l'altération générale, les parents demandent une intervention. Celle-ci consiste, après laparotomie médiane, en une extériorisation-résection classique par accollement des deux pieds de l'anse sigmoïde.

Au bout de huit jours, section de l'éperon à l'entérotome de Dupuytren. Un mois après on ferme l'anus iliaque gauche par voie extra-péritonéale, sous anesthésie locale.

Pendant six mois, résultat excellent. Puis, petit à petit, bien que l'enfant ait deux selles par jour, bien que le lavement baryté garnisse sans effort tout le cadre colique en montrant un trajet sigmoïdien rectiligne, sans dilatation en amont, les crises de rétention stercorale et gazeuse, avec ballonnement du ventre, se reproduisent. Elles cèdent d'ailleurs à des cataplasmes laudanisés et au goutte à goutte de Murphy.

Deux ans après la résection sigmoïdienne, malgré une légère altération de l'état général, on se borne à une expectation attentive.

OBSERVATION II (Docteur Lafargue).

D... L..., 72 ans. — En occlusion intestinale depuis six jours. L'abdomen est énorme, l'état général excellent. En raison de phénomènes de constipation à type intermittent datant de plus de cinquante ans, avec des crises rappelant l'actuelle, mais évidemment moins vives, ayant cédé toujours spontanément au bout de deux à trois jours, on porte le diagnostic de volvulus probable du sigmoïde.

Sous rachianesthésie dorso-lombaire, avec 0 gr. 10 de syncaïne, laparotomie médiane sous-ombilicale. La sigmoïde est ponctionnée avant d'être extériorisée et détordue, manœuvre de toute simplicité quand l'intestin est ramené à un volume presque normal. Puis, par une contre-incision iliaque gauche, après accolement des pieds de l'anse, celle-ci est attirée au dehors et réséquée.

Suites immédiates simples. Section de l'éperon à l'entérotome au bout de huit jours. Deux mois après, la fistule intestinale est fermée sous anesthésie locale par voie extra-péritonéale.

Au bout de dix-huit mois, les résultats se maintiennent excellents.

OBSERVATION III (Docteur Lafargue).

Madame G..., 45 ans. — Constipation datant de son enfance avec alternatives de rétention et de débâcles stercorales accompagnées de douleurs de plus en plus vives et altération progressive de l'état général.

La radioscopie révèle un volumineux méga-sigmoïde. La malade pensait se faire opérer quand une crise d'asystolie met sa vie en danger. Remise, elle réclame de nouveau une intervention qui est entièrement menée à l'anesthésie locale et consiste en une extériorisation-résection dont la technique est identique à celle des deux premières observations.

La malade supporte très normalement les différents temps de l'intervention et, dix mois après, se considère comme entièrement guérie.

CONCLUSIONS

Traitement Médical.

Il n'est acceptable que chez les enfants âgés de moins de deux ans, puisqu'ils ne peuvent supporter le shock opératoire. Chez l'enfant plus âgé et chez l'adulte, sa grosse mortalité doit le faire rejeter.

Traitement Chirurgical. — *Les Opérations radicales.*

I. — MÉGACOLON EN OCCLUSION.

On peut faire :

1° L'anus :

A) sur le cœcum ;

B) sur l'anse volvulée.

Ces deux procédés sont à rejeter à cause des résultats déplorables.

2° La laparotomie :

A) Avec traitement conservateur :

Si l'anse est sphacélée ou suspecte, il faut faire une extériorisation-résection. Si l'anse est saine on peut faire :

a) détorsion simple : résultats nuls.

b) détorsion et colopexie : a donné quelques guérisons momentanées.

c) détorsion et coloplicature : résultats nuls.

d) anastomose entre les 2 pieds de l'anse : à rejeter à cause de la gravité immédiate considérable.

B) Avec traitement radical :

Il n'y a qu'un seul procédé défendable, c'est :

l'Extériorisation-Résection.

Il faut absolument rejeter :

a) détorsion et anastomose ;

b) résection en un temps immédiatement après
détorsion.

II. — MÉGACOLON NON COMPLIQUÉ.

On peut faire :

A) Résection idéale : si le sujet est résistant, mais se souvenir qu'il y a 10 à 15 % de mortalité.

B) Résection avec rétablissement immédiat de la continuité intestinale et dérivation in situ :

Deux procédés peuvent être employés :

Bouilly-Volkman ;

Lardennois.

C) Procédés de dérivation.

D) Résection avec dérivation in situ et rétablissement ultérieur de la continuité intestinale :

c'est la *Colectomie en deux temps.*

Ce procédé est le meilleur à cause de sa plus faible mortalité.

LES OPÉRATIONS CONSERVATRICES PATHOGÉNIQUES

1° *La dilatation du sphincter de Nélaton* peut être tentée. Elle a l'avantage d'être une opération non sanglante et dans des cas particuliers donne des résultats très intéressants.

- 2° *La résection d'une valvule colique* a été un échec complet dans le seul cas où elle a été tentée. Cette technique ne semble pas devoir être retenue.
- 3° *La ramisection sympathique lombaire* semble l'opération idéale, car elle est physiologiquement logique. Elle a deux arguments puissants qui plaident en sa faveur : sa mortalité opératoire nulle et des guérisons incontestables. Les résultats opératoires sont encore trop peu nombreux pour qu'il soit possible de tirer une conclusion ferme. C'est l'avenir qui décidera.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BÉGOUIN.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 Avril 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- D'ALLAINES. — (Rapport de Lecène.) Deux cas de volvulus du colon pelvien traités par la résection immédiate. (*Bull. Soc. Ch.*, 1927, p. 357.)
- BARD. — Le Mégarectum : dilatation idiopathique d'origine congénitale. (*La Semaine Méd.*, 30 nov. 1910.)
- BARJON. — Examen radioscopique de trois cas de Mégacolon. (*Arch. d'Électr. Méd. expériment. et clin.*, 10 janv. 1912.)
- BARRINGTON WARD. — Maladie de Hirschprung (*The Bri. J. of Surg.*, janvier 1914.)
- BARTLE. — Mégacolon. (*The Amer. Journal of the Med. Sc.*, janvier 1926.)
- BAUMGARTNER. — Le Mégacolon. (*Presse Médicale*, 5 oct. 1907.)
- BENSAUDE et SORREL. — Six cas de mégacolon. Examen radiol. et rectosc. (*Archives des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1924.)
- A. BERGER, CHEVRIER, P. LEFÈVRE. — Un cas de mégacolon énorme d'origine congénitale. (Soc. Méd. des Hôpitaux, Paris, 11 juil. 1924.)
- BESSEL-HAGEN. — Sur la maladie de Hirschprung. (*Zent fur Ch.*, 4 juil. 1908.)
- BIANCHINI. — Le mégacolon chez l'adulte : étude radiologique et clinique. (*Ann. ital. di Ch.*, 1924, fasc. 5.)
- COMBY. — Archives de Médecine des enfants, 1920.
- FULLERTON. — Dilation congénitale du colon traitée par la dilatation du sphincter pelvi-rectal. (*The British Medical Journal*, N° 5459, 23 avril 1927, p. 753.)

- HUTINEL. — Traité des Maladies des Enfants, T. III, page 9.
- ISMOJIK. — Contribution à l'étude des troubles gastriques et duodénaux au cours de la maladie de Hirschprung. (Thèse Paris, 1927.)
- DE JOSSELIN DE JONG et MUSKENS. — Le mégacolon congénital. (*Mitteil aus den grenz. der Med. und Ch.*, 1910, fasc. 4.)
- KONJETZNY. — La maladie de Hirschprung et ses rapports avec les anomalies de situation congénitales ou acquises du colon sigmoïdien. (*Beit. z. Kl. Ch.*, mai 1911.)
- LAFFITTE. — La suture «bord à bord» dans l'iléo-colectomie en un temps. (Thèse Paris, 1926.)
- LAPOINTE. — *Bull. Soc. Ch.*, 1924.
- LARDENNOIS. — Un cas de mégacolon. (*Bull. Soc. Ch.*, 1924.)
- Les péricolites chroniques. (Rapport au Congrès de Chirurgie, Paris, 1927.)
- LAUNAY. — *Bull. Soc. Ch.*, 1925, p. 420.
- LECÈNE. — Contribution à l'étude du volvulus du gros intestin. (*Rev. de Ch.*, 1910, t. XLI, p. 21.)
- Rapport. (*Bull. Soc. Ch.*, 1925, p. 356.)
- In Thérap. Chir. Lecène et Leriche, t. III.
- LEFÈVRE. — La chirurgie de la constipation. (Thèse Toulouse, 1919.)
- LEFLAIVE. — Sur le volvulus chronique du colon sigmoïde. (Thèse Paris, 1927.)
- LETONDAL. — Contribution à l'étude du mégacolon chez l'enfant. (Thèse Paris, 1925.)
- LEVEUF. — (Rapport de Mocquot.) Volvulus d'un mégacolon pelvien. Résection, guérison. (*Bull. Soc. Chir.*, 1925, p. 692.)
- LIGNAC. — Un cas de mégarectum. (Soc. de Radiologie Médicale de France, 8 nov. 1921.)
- MAGGIORE. — Deux cas de mégacolon congénital. (*La Pediatria*, 1914, fasc. I.)
- MARAGLIANO. — Contribution à la pathogénie du mégacolon et à son traitement dans la première enfance. (*La Riforma Médica*. An. XLIII, N° 19, 9 mai 1927, p. 433.)
- MARFAN. — In Les affections du tube digestif dans la première enfance, page 502.

- MARFAN. — Article sur « le gros ventre » des nourrissons dyspeptiques et l'augmentation de longueur de l'intestin. (*Revue des maladies de l'enfance*, février 1895, p. 56.)
- MICHON et OKINCZYC. — Mégacolon. Hémicolectomie gauche. Guérison. (*Bull. Soc. Ch.*, 1920, page 609.)
- MIGIGNAC. — Le traitement du mégacolon sigmoïdien compliqué d'occlusion aiguë. (*Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1922, N° 1.)
- MIRIZZI. — Colectomie d'urgence pour mégacolon iléo-pelvien compliqué. (*Revue de la Asoc. med. Argentina*, 1921, N° 203.)
- MONNIER (Zurich.) — Contribution au traitement du mégacolon dans l'enfance. (*Schweiz. med. Woch*, 18 oct. 1923.)
- MOURE et AUMONT. — Volvulus d'un mégacolon pelvien. Résection ; suture latéro-latérale. Guérison. (*Bull. Soc. Ch.*, 1925, p. 558.)
- NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH (M^{me}). — Soc. de Péd., 18 nov. 1924.
- NAUDROT. — (Rapport de Rochard.) Volvulus d'un mégacolon pelvien. (*Bull. Soc. Ch.*, 1919, p. 677.)
- NAVARRO. — Sur le mégacolon. (*Bull. Soc. Ch.*, 1913, p. 444.)
- OKINCZYC et BRETON. — Mégacolon avec vice de position de l'intestin grêle. (*Bull. Soc. Ch.*, 1925, p. 400.)
- OMBREDANNE. — In Précis de clinique opératoire et de chirurgie infantile, p. 515.
- PATEL. — Mégacolon (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Oct. 1910.)
- PAUCHET. — Mégacolon. (*Paris Ch.*, 1920, N° 5.)
- Mégacolon congénital. Traitement. (*Bull. Soc. Ch.*, 1919, p. 1198.)
- Traitement du mégacolon. (*Bull. Soc. Ch.*, 1912, p. 1486.)
- PERLMANN. — Mégasigmoïde et mégasigmoïdite. (*Zent. f. Ch.*, janv. 1925.)
- PERTHES. — Maladie de Hirschprung et colectomie [abdomino-anale par invagination. (*Beit. zur. Kl. Ch.*, 15 avril 1914.)
- PETROVITCH. — Trois cas de maladie de Hirschprung. (Communication au 1^{er} Congrès Yougo-Slave de Médecine opératoire, in *Sprski Arch. Za tzel. bk.*, octobre 1911.)

- PICHAT. — La thérapeutique chirurgicale du mégacolon sigmoïde. (Lib. Louis ARNETTE, 1928.)
- POWILEWICZ. — Imperforation anale et guérie. Mégacolon sigmoïdien concomitant. (Soc. Obstét. et de Gynécol. de Paris, 9 nov. 1925, p. 637.)
- PULS. — A propos de la maladie de Hirschprung. (*Beit. zur Kl. ch.*, septembre 1910.)
- RABÈRE. — Méga pelvien. Colectomie par invagination colorectale. (In Congrès de Chir., Paris, 1922.)
- RASSIEUX. — Un cas de la maladie de Hirschprung. (*The J. of the Missouri State Med. Assoc.*, 1922, n° 4.)
- RICHE. — Mégacolon chez une femme âgée. (*Bull. Soc. de Chir.*, 6 décembre 1911, page 1365.)
- RICOLFI. — Volvulus du colon pelvien par maladie de Hirschprung suivi de méso-sigmoïdite rétractile. (*Concours Médical*, 1925, p. 1385.)
- ROBERTSON. — Rétrécissement congénital de l'anus persistant à l'âge adulte. Méga secondaire. (*British J. of Surg.*, 1922, n° 35.)
- ROSENFELD. — Diagnostic et traitement du volvulus du colon pelvien. (Thèse Paris, 1926.)
- ROUX-BERGER. — Mégacolon recto-sigmoïdien tordu. Opération, guérison. (*Bull. Soc. de Chir.*, 1925.)
- SCHEMMEL. — Ein fall von mégacolon und megasigmoïdeum. (*Med. Klin.*, p. 881, 1926.)
- SCHMIDT. — La maladie de Hirschprung et son traitement chirurgical. (*Beit. z. Kl. Ch.*, 1909, fasc. III.)
- SCHWARTZ et HARTGLASS. — Le traitement du cancer du colon gauche, par l'extériorisation. (*Journal de Ch.*, avril 1924.)
- SENCERT et SIMON. — Deux cas de mégacolon guéris par colectomie. (*Arch. Franco-Belges de Chir.*, avril 1924.)
- SOREL (R.). — Mégacolon et son traitement opératoire. (*Archiv. provinciales de Ch.*, septembre 1911.)
- SUNDHOLIN. — Opération d'un cas de mégacolon congénital. (*Finska Lakar. Hand.*, mai 1912.)
- TALMA. — Sur le mégacolon. (*Neder. Tijd. voor geneesk.*, 24 mai 1919.)

- TIERNY. — Mégacolon. Son traitement actuel par la sympathicectomie. (*Gaz. Hôp.*, 15 février 1928.)
- TOURNEUX. — Volvulus du colon pelvien par méso-sigmoïdite rétractile. (Soc. de Méd. de Toulouse, 3 nov. 1922.)
- TRACINSKI. — A propos d'un cas de maladie de Hirschprung. (*Wiener Kl. Rundschau*, 24 mai 1914.)
- TUFFIER. — Maladie de Hirschprung avec calcul stercoral volumineux. (*Bull. Soc. Ch.*, 1907, p. 900.)
- VEAU. — *Bull. Soc. Chir.*, 1925.
- VIDAL VITTORIO. — Sur un cas de mégasigma. (*Il Policlinico sezione Pratica*, p. 891, 1923.)
- VOS. — Mégacolon sigmoïde. (*Nederl. Tijdschr. v. Geneesk Haarlem*, 1925, LXIX, p. 2054.)
- WARD. — Maladie de Hirschprung. (*British méd. Journal*, 1910, vol. II.)
- WEIL et PÉHU. — In Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent et Ribadeau-Dumas.
- WEIL. — La maladie de Hirschprung. (Thèse Nancy, 1910.)
- WILKIE. — La maladie de Hirschprung. (*Edinburgh Méd. J.*, sept, 1909.)
- WILLIS. — Recurring Volvulus of descending colon and sigmoïd flexures with mégacolon. (*Virginia M. Month. Richmond*, 1921, 1922, XLVIII, 651, 654.)
- ZOEPPFEL. — La disposition anatomique de l'intestin dans le vrai mégacolon et dans le pseudo-mégacolon. (*Virchows Archiv.*, 2 oct. 1909.)

